

## TIPURILE DE ACCES SPRE JONCTIUNEA SAFENO-FEMURALĂ ŞI RECIDIVA POSTOPERATORIE A MALADIEI VARICOASE

Vasile Maloghin – doctorand Catedra Chirurgie Generală şi Semiologie,  
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Moldova

Tel: +373 69203325, E-mail: [vasilemaloghin@yandex.ru](mailto:vasilemaloghin@yandex.ru)

### Rezumat

Anatomia joncţiunii safeno-femorale (JSF) este foarte variabilă, iar vizualizarea adecvată a acesteia reprezintă cheia succesului în efectuarea crosectomiei. Selectarea accesului chirurgical optimal pentru efectuarea crosectomiei reprezintă un moment discutabil în flebologie, iar orientarea insuficientă în elementele JSF este una din cauzele recidivei maladiei varicoase. În acest articol vor fi analizate rata de recidivă postoperatorie după diferite accese chirurgicale.

**Cuvinte-cheie:** boala varicoasă, joncţiunea safeno-femurală, acces chirurgical, recurenţă

### Summary. Types of access to safeno-femoral junction and postoperative recurrence of varicose veins

The anatomy of the sapheno-femoral junction is highly variable and its proper visualization is the success' key in making crossectomy. Selecting the optimal surgical access for performing crossectomy is a debatable point in phlebology and poor orientation in sapheno-femoral junction's elements is one of the causes of varicose veins recurrence. In the article the relationship between postoperative recurrence rate and various surgical accesses will be analyzed.

**Key words:** varicose veins, sapheno-femoral junction, surgical access, recurrence

### Резюме. Типы хирургического доступа к сафено-бедренному соустью и рецидив варикозной болезни

Анатомия сафено-бедренного соустья сильно варьирует, и его адекватная визуализация является ключом к успеху в выполнении кроссэктомии. Выбор оптимального хирургического доступа для кроссэктомии является спорным вопросом в флебологии а недостаточная ориентация в элементах сафено-бедренного соустья является одной из причин рецидива варикозной болезни. В статье проводится анализ зависимости частоты послеоперационных рецидивов от вида хирургического доступа.

**Ключевые слова:** варикозное расширение вен, сафено-бедренное соустье, хирургический доступ, рецидив

### Introducere

Prezenţa multiplelor procedee chirurgicale şi succesele înregistrate în ultimile decenii în tratamentul bolii varicoase sunt indiscutabile, însă recidiva postoperatorie rămâne înaltă şi variază între 5-80% [4,5,10,12]. Aproximativ 20% din cheltuieli ce se alo-

că la tratamentul bolii varicoase sunt folosite la corectarea recidivei. În Marea Britanie anual sunt efectuate aproximativ 100000 de flebectomii, dintre care 20% sunt intervenţiile pentru recidiva maladiei varicoase [8]. Totodată 2% din bugetul naţional anual în această ţară este cheltuit pentru managementul ulcerelor ve-

noase [5], iar în SUA costurile directe pentru tratamentul bolii varicoase cronice este între 150 milioane și un miliard de dolari anual [6,9]. Orientarea insuficientă a chirurgului în elementele joncțiunii safeno-femorale (JSF) duce spre erori tehnice, ce reprezintă una din cauzele principale ale recurenței maladiei varicoase. În literatura de specialitate frecvența recidivelor postoperatorii variază; astfel A.M. Van Rij și coautorii (2003) într-un studiu arată că după o perioadă de 3 luni recidiva varicoasă constituie 14%, pe parcurs la 1 an – 32% și 52% – la 3 ani după intervenție chirurgicală [11]. Selectarea accesului chirurgical optimal reprezintă unul din momentele discutabile în efectuarea crosectomiei [3].

### Material și metode

S-a efectuat analiza retrospectivă a datelor clinice (anamneza, statusul vascular local), protocoalele operației și a ultrasonografiei duplex la pacienții operați pentru boala varicoasă în secția chirurgie IMSP SCM nr.1 municipiul Chișinău în cadrul Catedrei Chirurgie Generală și Semiologie a USMF “Nicolae Testemițanu” pe parcursul anilor 2005-2007. S-a pus accent pe stabilirea tipului accesului chirurgical și nivelul inciziei față de plica inghinală. După clasificarea CEAP (*Clinical, Etiology, Anatomical, Pathophysiology*), pacienții au fost repartizați în felul următor: C2 – 35%; C3 – 40%; C4 – 15%; C5 – 5%; C6 – 5%. Timpul examinării pacienților de la momentul operației a constituit în lotul I – 74,4 luni, iar în lotul II – 76,8 luni. Pacienții au fost examinați prin scanarea ultrasonografică în regimul Doppler-duplex și conform chestionarului VCSS (*Venous Clinical Severity Score*).

### Rezultate

În studiu au fost incluși 40 de pacienți cu varicele în bazinul venei safena magna, ce au fost repartizați în 2 loturi. În primul lot au fost repartizați pacienții, incizia cărora s-a efectuat mai jos de plica inghinală, în cel de-al II-lea grup incizia a fost exact la nivelul plicii inghinale. În studiu au fost incluși doar pacienți la care intervenția chirurgicală a fost efectuată la un singur membru inferior, pacienții operați la ambele membre inferioare au fost omiși din lucrare, deoarece la pacienții operați la ambele membre inferioare datele clinice, anamnestice pentru membrul inferior cu date CEAP mai mare poate ascunde examenul anamnestic al membrului inferior cu clasa CEAP mai mică. În ambele grupe raportul dintre femei 12 (60%) și bărbați 8 (40%) este identic. Repartizarea pacienților în grupe după vârstă și sex este prezentată în **Tabelul 1**.

Tabelul 1

#### Datele demografice ale pacienților

Parametrii	Lotul I (n=20)	Lotul II (n=20)	Valoarea P
Sexul F	12 (60%)	12 (60%)	NS
Vârstă (ani)	56,27	54,81	NS
C5, C6	1 (5%)	1 (5%)	NS
Durata maladiei varicoase până la operație (ani)	16,85	20,1	NS
*IMC la momentul operației	27,37	25,49	NS
**VCSS	2,7	2,2	NS

\*IMC – Indexul Masei Corporale

\*\*VCSS – Venous Clinical Severity Score

Ca metodă chirurgicală a fost utilizată crosectomia cu stripping-ul venei safena magna. În **Tabelul 2** a fost analizat numărul mediu de tributare cu reflux persistent în regiunea JSF. În lotul I au fost depistate 2,8 tributare la 5 (25%) pacienți, iar la 15 (75%) pacienți tributare venoase cu reflux persistent în regiunea JSF nu s-au depistat. În lotul II numărul mediu de tributare a fost de 2,66 depistate la 3(15%) pacienți, și respectiv la 17(85%) pacienți nu s-au depistat tributare incompetente în JSF. Lungimea medie a bontului venei safena magna a fost 1,1cm la 7(35%) pacienți în lotul I, iar la 13(65%) pacienți lungimea bontului venei safena magna nu s-a apreciat la ultrasonografia duplex, și respectiv lungimea medie a bontului venei safena magna a fost de 0,9 cm la 4 (20%) pacienți în lotul II, la 16 (80%) pacienți nu se apreciază bontul venei safena magna. Lungimea medie a inciziei în lotul I a fost 6,69 cm, iar în lotul II – 6,82 cm. Mai jos cu 1-3 cm de plica inghinală incizia s-a efectuat la 17(85%) pacienți și respectiv la 3(15%) – mai jos de plica inghinală cu > 4 cm. Repartizarea pacienților cu boala varicoasă în grupe după caracterul inciziei, nivelul ei și a rezultatelor examenului scanării ultrasonore Doppler - duplex este prezentată în Tabelul 2.

Datele prezentate în **Tabelul 2** explică faptul că atunci, când incizia se efectuează la nivelul plicii inghinale rezultatele operației sunt mai favorabile. Aceasta ne arată că: există o diferență între grupe în ceea ce privește numărul mai mare de tributare în bontul venei safena magna, o lungime mai mare a bontului safenian, rata refluxului persistent la nivelul ostiumului safeno femural în lotul I față de lotul II. În același timp fenomenul de neovasculoeneză inghinală predomină în grupa, unde incizia a fost făcută la nivelul plicii inghinale și operația în regiunea joncțiunii a fost efectuată mai radical. Deși diferența între grupe nu a atins nivelul semnificației statistice, acest fapt se explică prin număr mic de observații.

Tabelul 2

**Datele examinării clinice și ultrasonografiei  
duplex la distanță**

Parametrii	Lotul I (incizia mai jos de plica inghinală)	Lotul II (incizia la nivelul plicii inghinale)	Valoarea P
Lungimea inciziei (cm)	6,69	6,82	NS
Reflux persistent la nivelul JSF	3 (15%)	1 (5%)	NS
Număr mediu de tributare cu reflux în regiunea JSF	2,8	2,66	NS
Lungimea medie a bontului venei safene magna (cm)	1,1	0,9	NS
Neovasculogeneza inghinală	1 (5%)	2 (10%)	NS

### Discuții

Sunt propuse mai multe căi de acces pentru întreruperea JSF. În fosta Uniune Sovietică accesul se efectua după I. Chervyakov încă din anul 1962, punctele de reper servind bisectoarea unghiului format între ligamentul inghinal și artera femurală. Neajunsurile acestui abord au fost următoarele: fiind prezența ganglionilor limfatici pe traiectul inciziei, defectului cosmetic și formarea unei cicatrice hipertrofice, dificultăți în trecerea printr-un țesut adipos voluminos, mai ales, la pacienții cu obezitate. Chiar dacă incizia este cu 2 cm mai jos de ligamentul inghinal, accesul și evidențierea JSF este îngreunată semnificativ [14]. Un alt abord de acces către JSF este incizia mai sus de plica inghinală cu 1-2 cm propusă de către U. Brunner. Avantajul semnificativ al acestui abord în primul rând este efectul cosmetic înalt precum și traumatizarea minimală a colectorilor limfatici. Dezavantaj al acestui abord fiind lezarea mai frecventă a venei femurale prin identificarea eronată a acesteia [1].

Standardul de aur în accesul către JSF se consideră de mai mulți specialiști abordul la nivelul plicii inghinale. Avantajele sunt următoarele: incizia minimă, posibilitate maximă de vizualizare a JSF cu traumatizarea joasă a țesuturilor adiacente, prezența unui strat adipos minim în această regiune, efect cosmetic înalt [1,14]. Unii chirurghi în activitatea lor efectuează incizii cu 2-3 cm mai jos de plica inghinală, ceea ce duce în opinia lor la riscul redus în lezarea vaselor magistrale femurale, ceea ce după părerea mai multor cercetători nu este corect [3,14]. În dependență de nivelul unde s-a efectuat incizia – mai jos de plica inghinală vom avea următoarele efecte:

1. Vizualizarea redusă a JSF.

2. Tracția forțată a țesuturilor v-a duce la traumatizarea excesivă a lor și posibile complicații postoperatorii.

3. Din motivele sus-numite pot avea loc apariția leziunilor iatrogene a vaselor magistrale.

4. Păstrarea unui bont lung cu tributare descendente incompetente, care în rezultatul refluxului persistent la nivelul ostiumului safeno-femural v-a duce la recurența clinică a maladiei varicoase.

5. Păstrarea bontului safenian de diametru major, sau aneurismal poate duce la formarea trombilor cu pericol înalt de tromboembolie pulmonară postoperatorie [3].

Printr-o incizie de 3-4 cm pe linia plicii inghinale se poate realiza o crosectomie radicală cu întreruperea tuturor ramurilor inghinale ale venei safene magna și porțiunea nemijlocită a venei femurale, chiar și în cazul existenței unei anatomii neobișnuite, cum ar fi dedublarea venei safene magna [3]. În cazuri unice se întâlnesc recidive în regiunea JSF după abord prin plica inghinală, efectuate mai des în secții de chirurgie vasculară și o rată a recidivelor postoperatorii pentru boala varicoasă mai înaltă în urma inciziilor mai jos de plica inghinală efectuate în secții cu profil de chirurgie generală. Mulți chirurghi cu profil general din staționar au o teamă premeditată față de lezarea vaselor profunde, dar aceasta nu trebuie să ducă la abandonarea disecției complete a JSF și a tributarelor venei safene magna. Din păcate se mai întâlnesc cazuri, când chirurgul evită contactul cu capătul proximal al venei safene magna și este dus în eroare de o tributară de un diametru mai mare, cel mai frecvent vena safene accesorie anterioară. În astfel de cazuri rămâne intactă nu numai JSF, dar și vena safene magna. În caz de intervenție chirurgicală pentru recidivă postoperatorie a maladiei varicoase se dă preferință inciziei după I. Chervyakov din motivul că deseori este necesitatea de a efectua mobilizarea venei femurale. Atunci când bontul safenian are lungimea mai mult de 5 cm la ultrasonografia duplex, ceea ce presupune păstrarea tributarelor de la operația precedentă, incizia se va efectua la nivelul plicii inghinale. Există o legitate, cu cât chirurgul efectuează mai sânguinos prepararea și ligaturarea vaselor, cu atât mai dificilă este operația în caz de recidivă a maladiei varicoase [2,13,14].

### Concluzii

1. Incizia la nivelul plicii inghinale este avantajoasă față de alte tipuri de accese în abordarea chirurgicală a JSF.

2. Rezultatele preventive a studiului au stabilit că incizia la nivelul plicii inghinale a dus la micșorarea numărului de tributare restante în bontul venei safene magna, dimensiune mică a bontului safenian restant și rata mai redusă a refluxului persistent la nivelul JSF.

# Bibliografie

1. Brunner U., *Esthetics in the surgery of varices, especially in the region of the groin*. Phlebologie, 1985;38:683-685.
2. Casian D., Gutsu E., Culiuc V., Dontsu I., Ivanov V. *Rate of neovascularization after bilateral varicose veins surgery: results at 5 years*. Romanian Journal of Angiology and Vascular Surgery, 2008; 9:55-59.
3. Gutu E., Casian D., Culiuc V. *Tratamentul chirurgical al maladiei varicoase; aspecte controversate*. Ch. Ericon, 2013: 251 p.
4. Fischer R., Linde N., Duff C. et al. *Late recurrent saphenofemoral junction reflux after ligation and stripping of the greater saphenous vein*. J Vasc Surg. 2001; 34:236-240.
5. Kaplan R.M., Criqui M.H., Denenberg J.O., Bergan J., Fronek A., *Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study*. J Vasc Surg. 2003;37:1047-1053.
6. Korn P., Patel S.T., Heller J.A., Deitch J.S., Krishnasastri K.V., Bush H.L., *Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous stasis*. J Vasc Surg. 2002;35:950-957.
7. Muhlberger D., Morandini L., Brenner E. *Venous valves and major superficial tributary veins near the saphenofemoral junction*. J Vasc Surg, 2009;49:1562-1569.
8. Negus D. *Recurrent varicose veins: a national problem*. Br J Surg. 1993 Jul; 80(7):823-824.
9. Smith J.J., Garratt A.M., Guest M., Greenhalgh R.M., Davies A.H. *Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins*. J Vasc Surg. 1999;30:710-714.
10. Smith J.J., Brown L., Greenhalgh R.M., Davies A.H. *Randomized trial of preoperative color duplex marking in primary varicose vein surgery: outcome is not improved*. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2002;23:336-343.
11. Van R.I.J. A.M., Jiang P., Solomon C., Christier R.A., Hill G.B. *Recurrence after varicose vein surgery: a prospective long-term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography*. J Vasc Surg. 2003; 38(5):935-943.
12. Wali M.A, Sheehan S.J, Colgan M.P. et al. *Recurrent varicose veins*. East Afr. Med J. 1998;75:188-191.
13. Игнатъев И.М, Обухова Т.Н, Гумеров И.И. *Миниинвазивные технологии в лечении рецидивов варикозной болезни*. Международный хирургический конгресс новые технологии в хирургии 4.Октябрь 5-7. Ростов-на-Дону. 2005: с. 284.
14. Савельев В.С, Гологорский В.А, Кириенко А.И. и др. *Флебология: Руководство для врачей*. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина. 2001: с. 664.